Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2987

Vragen van de leden **Kooiman** en **Leijten** (beiden SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie over *het bericht dat ggz-patiënten (patiënten in de geestelijke gezondheidszorg) vaker in een tbs-kliniek zitten* (ingezonden 18 mei 2016).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mede namens de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie (ontvangen 30 juni 2016). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2015–2016, nr. 2740.

Vraag 1
Herinnert u uw antwoorden op mondelinge vragen d.d. 17 mei 2016 over het bericht dat ggz-patiënten steeds vaker naar een tbs-kliniek worden overgeplaatst?[1]

Antwoord 1
Ja

Vraag 2
Op welke (rechts)grond kunnen ggz-patiënten zonder tussenkomst van de rechter overgeplaatst worden naar een tbs-kliniek?

Antwoord 2
GGZ-patiënten met een BOPZ-maatregel (hierna: BOPZ-patiënten) dienen in een daarvoor aangemerkt psychiatrisch ziekenhuis te worden opgenomen. Op basis van artikel 55 van deze wet kan een BOPZ-patiënt worden overgeplaatst naar een ander psychiatrisch ziekenhuis dat aan de zorgvraag van de BOPZ-patiënt kan voldoen. Ook een tbs-kliniek is een zorginstelling met een BOPZ-aanmerking. De rechter krijgt een afschrift van de beslissing tot overplaatsing.

Vraag 3
In hoeverre vindt u het wenselijk dat ggz-patiënten zonder strafrechtelijke veroordeling geplaatst worden bij tbs-patiënten?

[1] http://www.nrc.nl/next/2016/05/13/agressieve-patient-vaker-opgesloten-in-tbs-kliniek-1618014

ah-tk-20152016-2987
ISSN 0921 - 7398
's-Gravenhage 2016

Antwoord 3
Ik vind het wenselijk dat, indien dit nodig is, een overplaatsing naar een Tbs-kliniek mogelijk is. Het gaat om BOPZ-patiënten met zeer complexe problematiek die naast zorg intensievere beveiliging nodig hebben, die in deze casus niet kan worden geboden door de gesloten GGZ-afdelingen of beveiligde setting in de GGZ (zoals bij de forensische psychiatrische afdelingen en de forensische psychiatrische klinieken). Het is gewenst dat er maatwerk kan worden geleverd, en soms kan dat alleen in de zeer beveiligde behandelsetting van een Tbs-kliniek. Het – tijdelijk – plaatsen van BOPZ-patiënten in een Tbs-kliniek, die de vereiste beveiliging kan bieden, komt alleen in uitzonderlijke situaties voor waarbij een zorgvuldige afweging wordt gemaakt tussen de veiligheid van het personeel en medepatiënten in de GGZ-patiënten enerzijds en de zorg aan de BOPZ-patiënt anderzijds.
Daarnaast is er een groep waarvan de strafrechtelijke titel tijdens de behandeling afloopt, maar er nog wel sprake is van een recidiverisico, gecombineerd met gevaarlijk agressief gedrag richting de omgeving en materiaal. In het kader van de continuïteit van zorg kunnen deze patiënten in de Tbs-kliniek worden doorbehandeld met een BOPZ-maatregel. Het gaat hierbij om BOPZ-patiënten van wie de justitiële maatregel wordt omgezet in een BOPZ-machtiging. Deze BOPZ-patiënten kunnen, vanwege hun agressieve gedrag, nog gebaat zijn bij het verblijf en behandeling in het Tbs-kliniek.
Tenslotte merk ik nog op dat de psychiatrische problematiek van beide patiëntengroepen niet veel van elkaar afwijkt. Daarbij wordt een BOPZ-patiënt niet lichtvaardig geplaatst in een Tbs-kliniek, daar kunnen zeer ernstige incidenten aan vooraf zijn gegaan.

Vraag 4 en 5
Waarom zijn er geen passende voorzieningen binnen de ggz voor de meest gewelddadige ggz-patiënten?
Indien er aparte afdelingen binnen tbs-instellingen zijn ten behoeve van ggz-patiënten, waarom worden deze dan geen reguliere ggz-plekken?

Antwoord 4 en 5
Voor het merendeel van de BOPZ-patiënten zijn er passende voorzieningen in de GGZ. Binnen de GGZ kan, daar waar nodig, worden geschakeld tussen drie beveiligingsniveaus. De gesloten GGZ-afdelingen zijn licht beveiligd (niveau 1) en de forensisch psychiatrische afdelingen en klinieken kennen een hoger beveiligingsniveau (niveau 2 respectievelijk 3).
Zoals uit de beantwoording van vraag 8 blijkt verblijft circa 0,24% van de BOPZ-patiënten met een BOPZ-machtiging op dit moment in een Tbs-kliniek. Dat kan zowel voor een korte als langere termijn het geval zijn. De Tbs-klinieken zijn, met beveiligingsniveau 4, beter toegerust op deze patiëntenpopulatie met complexe problematiek. De problematiek tussen de patiënten in de beide regimes vertoont overlap. Uit een oogpunt van doelmatige zorg bestaat de wens om de verschillende sectoren meer gebruik te laten maken van elkaars faciliteiten en deskundigheid van het personeel. Via een onderaannemerschap met de zendende GGZ-instelling kunnen Tbs-klinieken BOPZ-patiënten opnemen. De separate afdelingen voor BOPZ-patiënten binnen de Tbs-klinieken zijn ook geen reguliere GGZ-plekken, omdat deze deel uitmaken van justitiële inrichtingen.

Vraag 6
Wie gaat over een dergelijk besluit tot overplaatsing, en welke belangenafweging vindt hierbij plaats?

Antwoord 6
Dit gebeurt op basis van de beoordeling door de psychiater die behandeling binnen een forensische setting indiceert voor de problematiek van de persoon in kwestie. Uiteindelijk is het de geneesheer-directeur die de beslissing tot overplaatsing neemt. Er wordt dus gekeken naar de best passende zorg voor de BOPZ-patiënt. Er vindt daarbij een afweging plaats tussen de veiligheid van het personeel en medepatiënten in de GGZ-instelling enerzijds en de veiligheid van en zorg aan de BOPZ-patiënt anderzijds, waarbij het overigens ook voor de veiligheid van de BOPZ-patiënt zelf wenselijk kan zijn hem over te plaatsen naar een hoger beveiligde setting, zoals in een Tbs-kliniek.

Vraag 7
In hoeverre wordt bij een overplaatsing rekening gehouden met de gevolgen voor de behandeling van een ggz-patiënt? Hoe dient deze bovendien de behandelrelatie van patiënt en behandelaar? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 7
Het gedrag van een BOPZ-patiënt kan vragen om een beter beveiligde omgeving, zoals die van een Tbs-kliniek, omdat anders door het agressieve gedrag geen behandeling mogelijk is. Door dit agressieve gedrag ontstaat er voor de behandelaar een onveilige omgeving waardoor de behandelrelatie (tijdelijk) wordt verstoord. In deze gevallen kan zowel het welzijn als de behandeling van een BOPZ-patiënt baat hebben bij een overplaatsing naar een Tbs-kliniek waar de benodigde structuur en regelmaat worden geboden. Het behandelteam van de doorplaatsende instelling blijft altijd in contact met de Tbs-kliniek en wordt ook betrokken bij de terugplaatsing.

Vraag 8
Wat zijn de directe en indirecte gevolgen voor de rechten, plichten en behandeling van een ggz-patiënt bij overplaatsing naar een tbs-kliniek? Kunt u in uw antwoord tevens ingaan op het voorbeeld van de ggz-patiënt die in 2011 ten onrechte volgens de huisregels van de tbs-instelling werd behandeld, en daarbij aangeven wat dit betekent voor alle ggz-patiënten in tbs-instellingen?

Antwoord 8
Vanaf 2012 is door zowel de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) als verschillende rechtbanken geconstateerd dat de wetgever de rechtpositie van een BOPZ-patiënt in een Tbs-kliniek niet afzonderlijk heeft geregeld en dat deze BOPZ-patiënt er daarom op mag vertrouwen dat voor hem de rechtspositie geldt die hoort bij de BOPZ-maatregel die de rechter heeft opgelegd. Sindsdien is, voor iedereen, duidelijk dat de Wet BOPZ de rechten en plichten regelt van BOPZ-patiënten ook als zij in een Tbs-kliniek verblijven. Een recht, zoals het recht op vrij telefoonverkeer, bezoek en bewegingsvrijheid, kan worden ingeperkt als aan de criteria van de Wet BOPZ wordt voldaan. Bijvoorbeeld ter voorkoming van een strafbaar feit. Het opleggen van extra beperkingen kan, maar alleen als deze zijn besproken met een BOPZ-patiënt en zijn opgenomen in het behandelplan. Deze beperkingen zijn noodzakelijk om enerzijds de veiligheid van het personeel en medepatiënten te borgen en anderzijds deze beheerproblematische BOPZ-patiënten een passende behandeling te kunnen bieden met daarbij het vereiste beveiligingsniveau.
Indien een BOPZ-patiënt niet langer in een Tbs-kliniek wil verblijven, kan hij aan de geneesheer-directeur vragen om hem over te plaatsen naar een ander psychiatrisch ziekenhuis. Op het moment dat de geneesheer-directeur van oordeel is dat het in het belang van een BOPZ-patiënt is aan het verzoek gevolg te geven, onderneemt hij stappen. Als wordt besloten geen gevolg te geven aan dit verzoek, wordt zowel de BOPZ-patiënt als de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hierover geïnformeerd. In die gevallen dat de IGZ een overplaatsing wenselijk acht, dient de BOPZ-patiënt op aanwijzing van de IGZ in een ander psychiatrisch ziekenhuis te worden geplaatst.

Vraag 9
Kunt u uitzoeken of het klopt dat de overplaatsing van een psychiatrisch ggz-ziekenhuis naar een tbs-kliniek steeds vaker voorkomt, wat de redenen zijn van deze toename en hoe lang dergelijke overplaatsingen gemiddeld duren? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 9
Jaarlijks worden circa 16.000 rechterlijke machtigingen voor gedwongen zorg opgelegd aan personen met psychiatrische problemen. Op dit moment verblijven 38 BOPZ-patiënten met zo’n machtiging in een Tbs-kliniek. Desgevraagd hebben de Tbs-klinieken laten weten dat het aantal bedden in de Tbs-klinieken dat op verzoek van GGZ-instellingen door BOPZ-patiënten wordt bezet in de afgelopen jaren stabiel is gebleven (30–40 bedden). Wel lijkt sprake te zijn van een stijging van het aantal BOPZ-patiënten dat op deze bedden verblijft. Hetzelfde aantal bedden wordt op jaarbasis dus bezet door

meer personen, die kortdurend(er) in een Tbs-kliniek verblijven. Aan een overplaatsing gaat agressief gedrag, dat heeft geresulteerd in een aantal incidenten, vooraf. Voor deze BOPZ-patiënten is een hoog beveiligingsniveau noodzakelijk totdat het gevaar dusdanig is teruggebracht dat een BOPZ-patiënt kan worden teruggeplaatst in een GGZ-instelling met een lager beveiligingsniveau. De Tbs-klinieken voorzien in deze beveiligingsbehoefte. De duur van deze overplaatsingen is uiteenlopend. Leidend hierbij is de veiligheid van het personeel, de medepatiënten en de BOPZ-patiënt zelf in de GGZ-instelling. Indien het gevaar dat deze BOPZ-patiënt vormt voor zichzelf of een ander binnen de GGZ-instelling dusdanig is teruggebracht dat de behandeling weer op een veilige wijze kan plaatsvinden in een GGZ-instelling, dient deze te worden teruggeplaatst. Het merendeel van de overplaatsingen duurt enkele weken. Deze hebben de vorm van een «time-out» en worden ingezet om betrokkene te stabiliseren en te behandelen. Een enkele plaatsing duurt langer (in een uitzonderlijk geval jaren). Het noemen van een gemiddelde plaatsingsduur is niet mogelijk zonder het raadplegen van alle GGZ-instellingen die hiertoe individuele patiëntendossiers van BOPZ-patiënten moeten doornemen.

Vraag 10
Waarom worden er geen jaarlijkse cijfers bijgehouden? Bent u bereid dit alsnog te gaan doen, om meer en beter inzicht te krijgen in bijvoorbeeld de frequentie, redenen en gevolgen van dergelijke overplaatsingen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 10
De afzonderlijke doorplaatsingen worden, op casusniveau, geregistreerd door de reguliere GGZ-instellingen. In het algemeen overleg GGZ van 26 mei 2016 heb ik op verzoek van het lid Tanamal toegezegd met de IGZ in gesprek te gaan over hoe zij in het kader van haar risicogestuurd toezicht de rechtspositie van en de zorg voor de BOPZ-patiënten in een Tbs-kliniek nadrukkelijker een plek kan geven. Uw kamer wordt vóór de zomer over de uitkomsten van dit gesprek geïnformeerd.

Vraag 11 en 13
In hoeverre zijn de plaatsingen in de tbs-instellingen ingegeven door een tekort aan plaatsen bij de ggz? Moet de beddenafbouw niet worden heroverwogen? Kunt u uw antwoord hierop toelichten?[2]
Deelt u de vrees dat overplaatsingen alleen maar zullen toenemen nu de ggz haar plekken met eenderde omlaag moet brengen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 11 en 13
Het gaat hier om een hele kleine groep BOPZ-patiënten, met zeer bijzondere en complexe problematiek. Er kan geen link worden gelegd tussen het overplaatsen van deze patiëntengroep naar een Tbs-kliniek en de beddenafbouw van intramurale GGZ-capaciteit. Ook wanneer er meer klinische plaatsen zouden zijn in de GGZ zit deze groep hier niet op de juiste plek, omdat deze (tijdelijk) behoefte heeft aan zeer beveiligde zorg die alleen een Tbs-kliniek kan bieden.

Vraag 12
Deelt u de mening dat een tekort aan plekken in de ggz nooit een (doorslaggevende) reden mag zijn om ggz-patiënten over te plaatsen naar tbs-instellingen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 12
Ik deel de mening dat dit nooit een doorslaggevende factor mag zijn.
In het kader van het programma «Continuïteit van zorg» wordt een onderzoek verricht naar agressieve, ontwrichtende en gevaarlijke GGZ-patiënten. Dit onderzoek moet onder meer antwoord geven op hoe groot deze groep is, wat zij nodig hebben en hoe met de patiënten wordt omgegaan. Bijvoorbeeld, het tijdelijk plaatsen in een Tbs-kliniek om betrokkene binnen een hoog beveiligde setting te kunnen behandelen.

[2] https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/?bericht=1974

Vraag 14
Hoe verhoudt het omlaag brengen van het aantal ggz-plekken zich tot de zorgen en conclusies van de commissie-Hoekstra?[3]

Antwoord 14
De conclusies en aanbevelingen van de commissie-Hoekstra zien op de afname van DNA, de wijze waarop bevelen en signaleringen worden uitgevoerd door het Openbaar Ministerie (OM) en de politie, de rol en positie van de officier van justitie en de geneesheer-directeur in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, het functioneren van het OM en de samenwerking tussen justitie en de geestelijke gezondheidszorg. Vooralsnog lijkt er geen relatie te bestaan tussen deze conclusies en aanbevelingen en het terugbrengen van de intramurale GGZ-capaciteit.

[3] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/06/26/ek-rapport-van-de-commissie-hoekstra